

**THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH CHO KẾ HOẠCH
GHI DANH VÀ CHẤM DỨT DỊCH VỤ MIỄN LỆ**
PLANNED ACTION NOTICE
WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA THÂN CHỦ

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

DDD đã ban hành quyết định liên quan đến việc ghi danh vào chương trình Dịch Vụ Miễn Lệ Tại Nhà và Trong Cộng Đồng của DDD cho quý vị.

GHI DANH VÀO CHƯƠNG TRÌNH MIỄN LỆ

- Quý vị được chấp thuận cho ghi danh vào chương trình Miễn Lệ HCBS của DDD sau đây:
- Chương Trình Căn Bản
 - Chương Trình Phụ Thêm Ngoài Căn Bản
 - Chương Trình Chính Yếu
 - Chương Trình Bảo Vệ Trong Cộng Đồng

Ngày có hiệu lực để ghi danh vào chương trình miễn lệ là: _____.

Quý vị có thể gọi cho Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ/Nguồn Trợ Giúp (CRM) của quý vị để biết thêm chi tiết và kế hoạch.

TÊN CỦA CRM

SỐ ĐIỆN THOẠI

CHẤM DỨT CHƯƠNG TRÌNH MIỄN LỆ

- Quý vị không còn hội đủ điều kiện để được hưởng chương trình Miễn Lệ DDD HCBS sau đây:
- Chương Trình Căn Bản
 - Chương Trình Phụ Thêm Ngoài Căn Bản
 - Chương Trình Chính Yếu
 - Chương Trình Bảo Vệ Trong Cộng Đồng

Ngày chấm dứt tình trạng hợp lệ hưởng chương trình miễn lệ và các dịch vụ này là ngày: _____.

(Các) lý do cho việc chấm dứt này:

- Quý vị không đáp ứng tiêu chuẩn trong chương trình miễn lệ. WAC 388-845-0030
- Quý vị đã được ghi danh vào một chương trình miễn lệ khác của DDD HCBS. WAC 388-845-0045; 0080; 3085
- Quý vị không còn cần hoặc sử dụng dịch vụ miễn lệ nữa. WAC 388-824-0030(6) hoặc 0060(2)(3)
- Quý vị đang trong chương trình miễn lệ Bảo Vệ Trong Cộng Đồng và không muốn được phục vụ bởi Nơi Chăm Sóc Bảo Vệ Trong Cộng Đồng có chứng nhận. WAC 388-845-0060(4)
- Quý vị chọn rút tên ra khỏi chương trình miễn lệ. WAC 388-845-0060(5)
- Quý vị cư ngụ ngoài tiểu bang. WAC 388-845-0060(6)
- Không thể tìm ra được quý vị hoặc quý vị không chịu sắp xếp để được tái thẩm định về điều kiện hợp lệ hằng năm trong chương trình miễn lệ. WAC 388-845-0060(7)
- Quý vị từ khước tham gia vào kế hoạch dịch vụ của quý vị, hoặc các sinh hoạt về bảo đảm hay theo dõi phẩm chất. WAC 388-845-0060(b)(c)
- Quý vị từ khước các dịch vụ đã đồng ý theo như trong kế hoạch chăm sóc của quý vị như là điều cần thiết để đáp ứng nhu cầu sức khỏe và sự an toàn của quý vị. WAC 388-845-0060(c)
- Quý vị đang ở trong viện chăm sóc. WAC 388-845-0060(9)
- Nhu cầu của quý vị vượt quá những gì có thể cung cấp trong chương trình miễn lệ của quý vị. WAC 388-845-0000 hoặc 3085

QUYỀN KHIẾU NẠI CỦA QUÝ VỊ

Quý vị được quyền yêu cầu Điều Giải Hành Chánh nếu quý vị không đồng ý với quyết định về việc chấm dứt tình trạng hợp lệ trong chương trình miễn lệ.

Nếu việc chấm dứt chương trình miễn lệ là điều duy nhất đối với tình trạng không hợp lệ hưởng Medicaid hoặc trợ cấp An Sinh của quý vị, thì quý vị sẽ không được quyền khiếu nại DDD. Quyền khiếu nại của quý vị về cơ quan đã quyết định đó là không hợp lệ.

Quý vị có chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này để khiếu nại quyết định này.

- Nếu quý vị hiện đang nhận các dịch vụ miễn lệ được DDD đài thọ, và muốn tiếp tục hợp lệ hưởng chương trình miễn
- Nếu quý vị muốn tiếp tục hưởng các dịch vụ đã được đài thọ và nếu quyết định cuối cùng của bộ vẫn được giữ nguyên, thì quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm trả lại số tiền đã đài thọ cho các dịch vụ của quý vị lên đến 60 ngày.
- Nếu quý vị không muốn tiếp tục nhận các dịch vụ đã được đài thọ, xin liên lạc với:

_____ tại _____
NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ/NGUỒN TRỢ GIÚP SỐ ĐIỆN THOẠI

Quý vị có những quyền hạn sau đây:

1. Được có người đại diện thay cho quý vị (quý vị có thể hợp lệ để được trợ giúp pháp lý miễn phí);
2. Được yêu cầu bản sao hồ sơ của quý vị và tất cả những tin tức đã được DDD duyệt xét để lập quyết định;
3. Được trình những giấy tờ để làm bằng chứng;
4. Được làm chứng tại phiên điều giải và có nhân chứng hiện diện để làm chứng thay cho quý vị; và
5. Được đối chất với lời khai của những nhân chứng của bộ.

Đơn thỉnh cầu điều giải hành chánh đính kèm theo đây.

QUÝ VỊ CÓ ĐIỀU GÌ THẮC MẮC KHÔNG?

Nếu quý vị có thắc mắc về quyết định cho tình trạng hợp lệ của quý vị hoặc quyền khiếu nại, hãy liên lạc với

TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI	VĂN PHÒNG ĐỊA PHƯƠNG
-----	---------------	----------------------



**THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI VỀ THÔNG
BÁO QUYẾT ĐỊNH CHO KẾ HOẠCH
GHI DANH VÀ CHẤM DỨT DỊCH VỤ
MIỄN LỆ CỦA DDD**

chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các điều lệ điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

GỬI ĐẾN: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

SỐ FAX: 360-586-6563

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định về dịch vụ sau đây của Nha Trợ Giúp Tàn Tật (DDD):

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI
ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI	SỐ ID CỦA THÂN CHỦ	
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	SỐ BƯU CHÍNH
SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG)		<input type="checkbox"/> ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi đã được thông báo về sự quyết định vào ngày: _____ **bởi:** _____
NGÀY TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG DSHS

Tôi muốn được tiếp tục hưởng trợ cấp, nếu hợp lệ: Có Không **Chương Trình:** _____

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO QUÝ VỊ	CƠ QUAN	SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG
SỐ BƯU CHÍNH		

Tôi cho phép tiết lộ các chi tiết về buổi điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ	NGÀY
-------------------	------

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải không? Có Không
Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ hoặc loại trợ giúp gì? _____

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết buổi điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn đổi để được điều giải bằng cách đích thân đến gặp, xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo Điều Giải mà OAH sẽ gửi đến quý vị.

DDD WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION PLANNED ACTION NOTICE INSTRUCTIONS

Completing the Form

1. Waiver Enrollment:

- The effective date of the waiver enrollment on the first page of the Planned Action Notice is the date the Case Resource Manager signs the Plan of Care (POC). Remember: All of the items must be completed on the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) before you can sign the POC.

2. Waiver Termination:

- The effective date of the termination for waiver eligibility and services on the first page of the Planned Action Notice is a minimum of 10 days from the mailing of the Planned Action Notice then extending to the end of the month of the tenth day.
- When the client is moving from one waiver to another the termination date is the day before the waiver enrollment effective date.

3. It is preferable that any:

- Service termination occurs the last day of the month, and
- Service reduction occurs the first day of the month.

4. The appeal date on the second page of the Planned Action Notice is calculated by counting ten (10) days from the date of mailing - the tenth day must be a working day - and extending to the end of the month.

- Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.

5. The client is instructed to return the form if they choose NOT to have services or eligibility continue during the appeal. If they choose to contact you by telephone, note that they have requested to discontinue services in the CARE SER and terminate services the same date as the termination effective date on the first page.